

問 診 票

年 月 日

| | | | | | | |
|--------------------|---|-----------------|--|-------------------------------|---|-------|
| ふりがな | | 男 ・ 女 | 生年 | 大正・昭和・平成・令和 | | |
| お名前 | | | 月日 | 年 | 月 | 日(歳) |
| | | 身長 | cm | 体重 | kg | |
| ご住所 | 〒 | | | | ・携帯電話(- -) | |
| | | | | | ・自宅電話(- -) | |
| | | | | | ・緊急連絡(- -) | |
| お名前呼び出し | <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 | マイナ保険証による診療情報取得 | | <input type="checkbox"/> 同意する | <input type="checkbox"/> 同意しない | |
| 紹介状 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 | 画像データ | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 | 薬手帳 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 | |
| お仕事 | <input type="checkbox"/> 事務 <input type="checkbox"/> 営業 <input type="checkbox"/> 農業 <input type="checkbox"/> 建築・土木 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> その他() | | | | | |
| たばこ | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(1日 本) | アルコール | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(1日 mL) | 妊娠・授乳 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 | |
| 既往歴 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 現在通院中の医療機関名() 受診日(月) | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 胃潰瘍 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 婦人科 | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> 脳梗塞・脳出血 <input type="checkbox"/> その他() | | | | | |
| 手術歴 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有() | | | | | |
| 内服薬 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有() | | | | | |
| | * マイナ保険証で情報取得に同意された方は直近1ヶ月以内のお薬のみ記載 | | | | | |
| アレルギー | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 薬・食品() <input type="checkbox"/> 金属 <input type="checkbox"/> 造影剤 <input type="checkbox"/> アルコール消毒綿 <input type="checkbox"/> その他() | | | | | |
| 介護保険利用状況(65歳以上の方) | <input type="checkbox"/> 申請なし <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 要支援() <input type="checkbox"/> 要介護() | | | | | |
| 1年以内の特定健診または高齢者健診歴 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(年 月)(指摘事項:) | | | | | |

■どのような症状ですか？

■症状の部位に○印をつけてください。

- 痛い しびれる 違和感
- 歩行困難 その他()

■それは、いつからですか？

()から

■思い当たる原因はありますか？

- 特になし 転倒 スポーツ 労災 交通事故
- その他()

■今回の症状で医療機関を受診・治療していますか？

- いいえ はい(医療機関名:)
- 投薬 注射 リハビリ その他

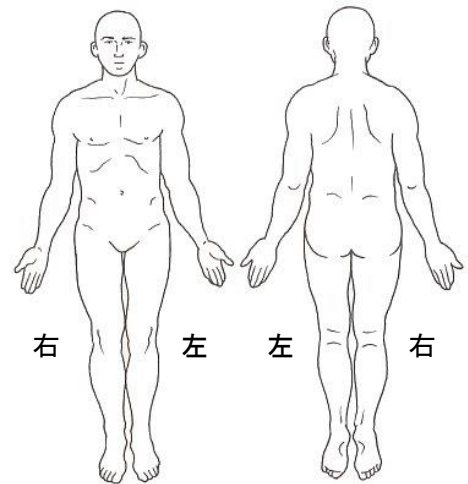
■当院受診のきっかけは何ですか？

- ご家族・知人の紹介 医療機関の紹介()
- 新聞・雑誌 ホームページ 検索サイト() その他()

■本日の来院方法は？

- 徒歩 地下鉄 JR バス タクシー 自家用車 自転車・バイク その他()

ご記入ありがとうございました。 さっぽろ脊椎外科クリニック



○当院は、診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めております。
○正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

◆医療情報・システム基盤整備体制充実加算(初診時) 加算1 4点(マイナ保険証なし)
加算2 2点(マイナ保険証利用)